

ЛИТЕРАТУРА

1. Альянов А.Л. Влияние серотонина адипината на ишемические изменения тонкой кишки при острой кишечной непроходимости (экспериментальное исследование): Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – Курск, 2009. – 22 с.
2. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. – СПб.: Питер, 1999. – 448 с.
3. Чернов В.Н., Белик Б.М. Острая непроходимость кишечника (патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение). Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2008. – 512 с.
4. Takeuchi K., Tsuzuki Y., Ando T. et al. Clinical studies of strangulating small bowel obstruction // Am. Surg. – 2004. – Vol. 70, Issue 1. – P. 40-44.
5. Jancelewicz T., Vu L.T., Shawo A.E., Yeh B., Gasper W.J., Harris H.W. Predicting strangulated small bowel obstruction: an old problem revisited // J. Gastrointest. Surg. – 2009. – Vol. 13, Issue 1. – P. 93-99.

УДК 616.33-002.44:615.73

ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *HELICOBACTER PYLORI*, НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СПОСОБ ЕГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

В. В. Руссиянов

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра общей врачебной практики
(семейной медицины) с курсом поликлинической терапии

Резюме

Изучалось влияние тяжести течения язвенной болезни на степень обсеменения слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*, результаты эрадикационной терапии, рецидивы заболевания и состояние фракций свободной и связанной воды в биомакромолекулах форменных элементов крови. Предложен способ прогнозирования течения заболевания по изменению фракций воды в биомакромолекулах крови.

Ключевые слова: язвенная болезнь, тяжесть течения, *Helicobacter pylori*, эрадикационная терапия, состояние фракций воды в биомакромолекулах крови.

THE INFLUENCE OF PEPTIC ULCER SEVERITY ASSOCIATED WITH *H. PYLORI* ON THE COURSE OF DISEASE AND WAY OF IT'S PREDICTION

V. V. Russiyanov

Summary

Influence of weight of a current of stomach ulcer on degree semination a mucous membrane of stomach *Helicobacter pylori*, resultsa eradication therapies, reinfection, relapses of disease and a condition of fractions of the free and connected water in biomacromolecules uniform elements of blood was studied. The way of forecasting of a current of disease on change of fractions of water is offered in biomacromolecules blood.

Keywords: stomach ulcer, weight of a current, *Helicobacter pylori*, eradication therapy, state of the water fractions in biomacromolecules blood.

Несмотря на достигнутые результаты в лечении больных язвенной болезнью (ЯБ), у некоторых пациентов после достижения эрадикации *Helicobacter pylori* (НР) все же наблюдаются рецидивы заболевания [1, 2]. Это свидетельствует о том, что в современных рекомендациях по лечению ЯБ отсутствуют методики дифференцированного подхода к выбору эрадикационной терапии с учетом клинической картины заболевания и индивидуальных особенностей организма (3). Известно также, что течение любого инфекционного заболевания и исход его лечения определяются не только микробным возбудителем, но и индивидуальными особенностями организма, в частности тяжестью течения заболевания, как достаточно стабильной и индивидуальной особенностью для каждого пациента.

Цель исследования: изучение влияния тяжести течения ЯБ на степень обсеменения слизистой оболочки желудка НР, результаты эрадикационной терапии и рецидивы заболевания. А также изучение состояния фракций свободной и связанной воды в биомакромолекулах (БММ) форменных элементов крови у больных с различным течением заболевания и разработка способа прогнозирования течения заболевания по изменению фракций воды.

Материалы и методы

Наблюдалось 122 больных ЯБ, ассоциированной с НР, в возрасте от 18 до 62 лет. Тяжесть течения болезни определялась клинически по числу обострений в год [4]. С легким течением болезни было 16 (13,1%) больных. Течение средней тяжести определялось у 88 (72,1%), а тяжелое у 18 (14,8%). Контрольную группу составили 40 практически здоровых людей, в возрасте от 20 до 52 лет. Всем больным проводилось тщательное клиническое обследование с целью оценить клиническое состояние больного и отобрать для исследования лиц без тяжелых сопутствующих заболеваний, способных влиять на результаты специальных исследований. ФГДС с биопсией проводилась всем больным ЯБ. Биоптаты брались из антрального отдела и тела желудка. Наличие НР определялось одновременно двумя методами: прямой микроскопией и уреазным тестом. Исследование на наличие НР проводилось до проведения антигеликобактерной терапии, через 4–5 недель после ее проведения и в течение последующих 3 лет. Степень обсеменения НР определялась полуколичественным методом по Аруину Л. И. [5]. Уреазный тест проводился на жидкой среде Закса с 6% мочевиной и индикатором феноловым красным [6]. Эрадикационная терапия проводилась согласно современным рекомендациям по лечению больных

ЯБ, ассоциированной с НР, с применением трех- и четырехкомпонентных схем [6]. Состояние гидратации БММ форменных элементов крови исследовалось у больных в стадию обострения и через 2 года после достижения эрадикации НР. Оценивалось содержание общей, свободной и связанной структурных фракций воды. Для их количественного определения использовался дилатометрический метод в модификации Н. Ф. Фаращука [7].

Результаты

Изучая взаимосвязь тяжести течения и степени обсеменения слизистой оболочки желудка (СОЖ) НР у больных ЯБ, было выявлено, что при более тяжелом течении заболевания регистрировалась и более высокая степень обсеменения НР (табл. 1).

Таблица 1.

	Тяжесть течения заболевания				
Обсеменение НР	1. Легкое течение n=12	2. Средней тяжести n=88	3. Тяжелое течение n=10	p1-2	p1-3
НР (+)	3 (25,0±13,1)	12 (13,6±3,6)	0 (0,0±28,6)	>0,05	>0,05
НР (++)	7 (58,3±14,8)	29 (33,0±5,0)	0 (0,0±28,6)	>0,05	0,1>p>0,05
НР (+++)	2 (16,6±11,2)	47 (53,4±5,3)	10 (100±28,6)	<0,05	<0,01

Полученные результаты свидетельствуют, что при легком течении ЯБ колонизация СОЖ НР остается меньшей, чем у больных с течением средней тяжести и тем более с тяжелым течением. У больных может быть разная способность выработки белка интегрин на мембранах клеток, обеспечивающего адгезию микроба к желудочному эпителию, что не позволяет бактериям проявить свои адгезивные свойства и обеспечивает меньшую степень колонизации СОЖ НР. Это необходимо

учитывать при выборе тактики лечения больных ЯБ с разной степенью тяжести течения.

Результаты лечения 62 больных ЯБ с применением современных схем эрадикационной терапии показали, что эффективность лечения зависит от индивидуальных особенностей больных, в частности от тяжести течения заболевания (табл. 2).

Таблица 2.

Тяжесть заболевания	Тройная терапия		Квадротерапия		Общее количество
1. Легкое n=16	16	12(75,0±11,2%)*	4	4(100±50,0%)**	16(100,0±20,0%)
2. Средней тяжести n=28	16	10(62,5±12,5%)*			24(85,7±6,7%)
			18	14(77,8±10,1%)**	
3. Тяжелое n=18	10	0(0,0±22,2%)*			10(55,5±12,1%)
			18	10(55,5±12,1%)**	
p1* - **>0,05					p1-2>0,05
p2* - **>0,05					p2-3<0,05
p3* - **<0,05					0,1>p1-3>0,05

Как видно из представленных данных, при назначении в общем одних и тех же препаратов у больных с легким течением заболевания эрадикация была достигнута у 100,0±20%, с течением средней тяжести – у 85,7±6,7%, с тяжелым течением – у 55,5±12,1% больных. При этом четырехкомпонентная терапия у пациентов с тяжелым течением оказывала более сильный санлирующий эффект, чем тройная терапия (p<0,05). Из полученных результатов следует, что частота эрадикации, с одной стороны, коррелирует с уровнем инфицированности СОЖ НР, с другой, очевидно, зависит от особенностей макро-

организма, также определяющих тяжесть течения болезни. Проследив частоту обострений ЯБ у больных с эрадикацией НР через 1, 2 и 3 года наблюдения, было выявлено, что в группах с легким течением и течением средней тяжести за период наблюдения рецидивов заболевания не наблюдалось (табл. 3). У больных с тяжелым течением заболевания рецидивы наблюдались у 2, что составило 50,0±28,9%. Во всей группе исследуемых больных ЯБ с эрадикацией НР рецидивы заболевания в течение ближайших трех лет отмечены у 6,8±4,8%.

Таблица 3.

Тяжесть течения	Частота рецидивов			Всего	Общее кол-во рецидивов, %
	ч/з 1 г.	ч/з 2 г.	ч/з 3 г.		
Легкое n=13	0	0	0	0 (0,0±23,5)	6,8±4,8%
Среднее n=12	0	0	0	0 (0,0±25,0)	
Тяжелое n=4	0	0	2	2 (50,0±28,9)	

Таким образом, несмотря на достижение эрадикации НР, у больных с тяжелым течением заболевания все же наблюдаются обострения заболевания, что может свидетельствовать о нарушениях дезадаптации на молекулярном уровне и, возможно, определяет тяжесть течения заболевания. С этой целью у больных ЯБ исследовалось состояние водных фракций

БММ форменных элементов крови, как показатель дезадаптации макроорганизма на молекулярном уровне. Результаты исследования водных фракций в БММ крови в стадию обострения ЯБ в зависимости от тяжести течения заболевания представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Тяжесть течения	Форменные элементы			
	ф р а к ц и и в о д ы			
	общая вода	свободная	связанная	Кгдр
1. Легкое (n=12)	65,01±0,23	43,79±0,57	21,22±0,42*	0,48±0,02
2. Среднее (n=29)	65,24±0,22	46,08±0,29*	19,16±0,22*	0,42±0,01*
3. Тяжелое (n=11)	66,16±0,44	48,92±0,48*	17,24±0,41*	0,35±0,01*
4. Здоровые (n=40)	65,28±0,21	42,82±0,42	22,46±0,34	0,52±0,02
p1-3	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: значком * отмечена достоверная разница при сравнении со здоровыми лицами.

Исследование водных фракций у больных ЯБ с различной тяжестью течения заболевания показали, что чем тяжелее течение болезни, тем у них имеется большая степень нарушений в БММ форменных элементов крови. Эта разница обнаруживается на всех стадиях заболевания: обострение,

неполная ремиссия и ремиссия, но наиболее выраженные изменения наблюдаются при тяжелом течении болезни (8). Даже в стадию ремиссии нарушения остаются очень существенными (табл. 5).

Таблица 5.

Тяжесть течения ЯБ	Ф р а к ц и и в о д ы			
	Форменные элементы			
	общая вода	свободная	связанная	Кгдр
1. Легкое (n=10)	65,94±0,38	44,72±0,28	21,22±0,42	0,47±0,01*
2. Среднее (n=26)	65,12±0,22	45,76±0,42*	20,36±0,34*	0,44±0,01*
3. Тяжелое (n=9)	66,42±0,16	47,44±0,43*	18,98±0,46*	0,40±0,02*
4. Здоровые (n=40)	65,28±0,21	42,82±0,42	22,46±0,34	0,52±0,01
p1-3	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: значком * отмечена достоверная разница при сравнении со здоровыми лицами.

Полученные результаты могут указывать на стойкость нарушений адаптационных процессов у больных с тяжелым течением заболевания. Этим, вероятно, объясняется большая

адгезия НР к СОЖ, выше степень ее обсеменения, чаще наблюдаются рецидивы заболевания, а также худшая податливость лечению, в том числе антибактериальному. Полученные

данные показывают, почему «шаблонное» лечение антибактериальными средствами у больных с тяжелым течением менее эффективно. У них большая степень дезадаптации, поэтому лечение у данной категории больных должно дополняться средствами, повышающими их адаптационные механизмы и быть более продолжительным. Полученные данные также показывают, что степень нарушения водных фракций в стадии ремиссии может быть использована для оценки прогнозирования ее стабильности. Учитывая полученные результаты исследования водных фракций в БММ форменных элементов крови у больных ЯБ с различным течением заболевания, был предложен способ прогнозирования течения ЯБ. Сущность изобретения состоит в том, что у обследуемых пациентов при обострении заболевания определяют содержание фракций свободной и связанной воды в БММ крови и при коэффициенте гидратации ($K_{гдр}$), отражающем соотношение связанной воды к свободной, равном 0,36 и ниже, судят о тяжелом течении язвенной болезни, при значении в пределах от 0,37 до 0,43 – о течении средней степени тяжести и от 0,44 до 0,50 – о легком течении заболевания. Предполагаемый способ достаточно прост, ин-

формативен и относится к неинвазивным методам исследования. Он позволяет прогнозировать течение ЯБ при небольшой длительности заболевания, бессимптомном ее течении и, что особенно важно, при впервые выявленной ЯБ. Это позволяет использовать его для определения тяжести течения заболевания, выбора средств и сроков лечения, а так же для оценки эффективности проводимой терапии.

Выводы

1. Полученные результаты показывают, что такая индивидуальная особенность организма, как тяжесть течения заболевания, может быть использована для индивидуализации выбора тактики лечения и ведения больных язвенной болезнью.

2. Дополнительным критерием определения тяжести течения заболевания может быть способ определения содержания фракций воды в биомакромолекулах форменных элементов крови, а степень нарушения водных фракций в стадии ремиссии может быть использована для оценки прогнозирования ее стабильности и выбора реабилитационных мероприятий при ведении больных язвенной болезнью в поликлинических условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руссиянов В.В., Никитин Г.А., Михалик Д.С. Отдаленные результаты антимикробной терапии больных ЯБ. Актуальные проблемы клинической медицины. Материалы научно-практической конференции. Смоленск, 2004. – С. 126-137.
2. Руссиянов В.В., Никитин Г.А. Профилактика рецидивов у больных язвенной болезнью, ассоциированной с НР. Вестник СМА, № 2, 2008. – С.7 7-78
3. Диагностика и лечение хеликобактерной инфекции. Рекомендации третьей конференции Европейской группы по изучению НР, 2005 г. // Клиническая фармакология и терапия. – 2006. – Т.15., № 1. – С. 32-35.
4. Григорьев П.Я. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: Медицина. – 1986. – 224 с.
5. Логинов А.С., Аруин Л.И., Ильченко А.А. Язвенная болезнь и *H. pylori*. Новые аспекты патогенетической терапии. – М., 1993. – 230 с.
6. Malfertheiner P., Megraud F., J Morain C., et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report // Gut. – 2007. – Vol. 56, № 6. – P. 772-781.
7. Фаращук Н.Ф. Состояние процессов гидратации в жидких средах при воздействии внешних факторов и некоторых заболеваниях: Дисс. д-ра. мед. наук. – Смоленск, 1994. – 222 с.
8. Руссиянов В.В. Состояние гидратации биомакромолекул крови и ее фракций у больных язвенной болезнью в различные стадии ее течения. Вестник новых технологий. – Тула, 2004. – Т.2, № 1-2. – С. 25.

УДК: 616.37-002-089

ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

В. А. Скутова¹, С. Ю. Абросимов², Ю. Я. Чайковский¹
ГОУ ВПО СГМА, ¹кафедра госпитальной хирургии
²кафедра патологической анатомии

Резюме

В статье отражены данные ретроспективного анализа тактики и методов лечения пациентов с острым деструктивным панкреатитом, госпитализированных в КБ СМП г. Смоленска за период 2006–2008 гг.

Ключевые слова: острый панкреатит, интенсивная терапия, операции при панкреонекрозе.

ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS AS ACTUAL PROBLEM OF URGENT ABDOMINAL SURGERY

Skutova V.A., Abrosimov S.Yu., Chajkovsky Yu. A.

Summary

The article presents data of retrospective analysis of the tactics and methods of treatment in patients with acute destructive pancreatitis, who were admitted to the Clinical Emergency Hospital (Smolensk) during the period 2006 to 2008.

Key words: acute pancreatitis, intensive care, surgical treatment of pancreonecrosis.

В течение последних лет в структуре экстренной хирургической патологии в России отмечается возрастание заболеваемости острым панкреатитом, имеется тенденция к увеличению количества пациентов с деструктивными и осложненными формами панкреатита [4]. Данная нозология

составляет до 10–16% среди urgentных хирургических заболеваний [2]. Деструктивные формы панкреатита развиваются у 15–30% больных [1, 3, 6, 7]. Летальность при инфицированном панкреонекрозе достигает 40–82%. Неблагоприятным в социальном отношении моментом является преобладание ал-